

**ВИВЧЕННЯ ЕКСПЕРТНОЇ ДУМКИ  
ЩОДО ШЛЯХІВ ПЕРЕТВОРЕНЬ  
У СИСТЕМІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ  
ПАЦІЄНТАМ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ  
В РАМКАХ ЗАПОЧАТКОВАНИХ  
РЕФОРМ, СПРЯМОВАНИХ НА  
ЗМІЦНЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**



Київ 2014

УДК 616.98:578.828 ВІЛ-082.001.73

ББК 55.14:53.5

Л 53

### **Автори:**

**Лехан В. М.**, д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України

**Гук А. П.**, к. мед. н.

**Шевченко М. В.**, к. мед. н., С. Н. С.

### **Рецензенти:**

**Огнєв В. А.**, д. мед. н., професор, завідувач кафедрою соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету.

**Слабкий Г. О.**, д. мед. н., професор кафедри організації вищої освіти, управління охороною здоров'я і епідеміології УНІПО Донецького національного медичного університету імені М. Горького.

*Затверджено на засіданні проблемної комісії «Соціальна медицина» МОЗ та НАМН України (протокол від 21.11.2013 р. №9/2013).*

ISBN 978-966-7016-42-5

© Лехан В., Гук А., Шевченко М., 2014

Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 54565  
від 05.05.2014

## **Зміст**

Перелік таблиць, рисунків, візок.....	4
Абревіатури і скорочення.....	6
Вступ.....	7
Методика дослідження.....	8
Результати дослідження.....	10
Висновки.....	60
Перелік посилань.....	61

## Перелік таблиць

- Таблиця 1: Інтенсивність впливу різних чинників, що перешкоджають перериванню епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу (за 10 бальною шкалою).
- Таблиця 2: Перелік структурних компонентів (закладів охорони здоров'я), задіяних у наданні послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).
- Таблиця 3: Перелік профілактичних та лікувальних послуг щодо протидії ВІЛ-інфекції, які повинні надаватися в закладах охорони здоров'я первинного рівня за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).
- Таблиця 4: Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу, які повинні надаватися в багатопрофільних закладах охорони здоров'я вторинного рівня за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).
- Таблиця 5: Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу, які повинні надаватися в спеціалізованих не за ВІЛ-інфекцією/СНІД спеціалізацією закладах охорони здоров'я вторинного рівня за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).
- Таблиця 6: Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу, які повинні надаватися в спеціалізованих за ВІЛ-інфекцією/СНІД спеціалізацією закладах охорони здоров'я вторинного рівня за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).
- Таблиця 7: Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу, які повинні надаватися в багатопрофільних закладах охорони здоров'я третинного рівня за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).
- Таблиця 8: Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу, які повинні надаватися в спеціалізованих не за ВІЛ-інфекцією/СНІД спеціалізацією закладах охорони здоров'я третинного рівня за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).

Таблиця 9: Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу, які повинні надаватися в спеціалізованих за ВІЛ-інфекцією/СНІД спеціалізацією закладах охорони здоров'я третинного рівня за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).

Таблиця 10: Переваги, пов'язані з реалізацією різних сценаріїв інтеграції (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).

Таблиця 11: Ризики, пов'язані з реалізацією різних сценаріїв інтеграції (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).

Таблиця 12: Перелік додаткових умов, необхідних для реалізації сценарію 1 (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).

Таблиця 13: Перелік додаткових умов, необхідних для реалізації сценарію 2 (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).

Таблиця 14: Перелік додаткових умов, необхідних для реалізації сценарію 3 (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).

Таблиця 15: Інструменти, необхідні для забезпечення реалізації сценарію 3 (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).

Таблиця 16: Функції щодо протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, які слід залишити централізованими на рівні країни при реалізації цільової моделі (сценарію 3) (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).

## **Перелік рисунків**

Рис. 1. Розподіл експертів за обраною цільовою моделлю інтеграції спеціалізованих ВІЛ-сервісних у систему надання загально медичної допомоги.

## **Перелік вірзок**

Врізка 1. Підходи до підвищення якості підготовки кадрів первинної ланки в сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Врізка 2. Передача інформації про ВІЛ-позитивний статус.

## Абревіатури і скорочення

<b>АРВ</b>	антиретровірусна терапія
<b>АМР</b>	Агенція Міжнародного Розвитку
<b>ВІЛ</b>	вірус імунодефіциту людини
<b>ВООЗ</b>	Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
<b>ДОЗ</b>	Департамент охорони здоров'я
<b>ДКТ</b>	добровільне консультування та тестування
<b>ЗОЗ</b>	заклади охорони здоров'я
<b>КДЦ</b>	консультаційно-діагностичний центр
<b>КІЗ</b>	кабінет інфекційних захворювань
<b>ЛЖВС</b>	люди, що живуть зі СНІДом
<b>ЛІЛ</b>	лікарня інтенсивного лікування
<b>ЛПЛ</b>	лікарня планового лікування
<b>МОЗ</b>	Міністерство охорони здоров'я
<b>НУО</b>	неурядова організація
<b>ПМСД</b>	первинна медико-санітарна допомога
<b>СІН</b>	споживання ін'єкційних наркотиків
<b>СНІД</b>	синдром набутого імунодефіциту
<b>СОЗ</b>	система охорони здоров'я
<b>СНД</b>	Співдружність Незалежних Держав
<b>ЧСЧ</b>	чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками
<b>ЦМПСД</b>	центр первинної медико-санітарної допомоги

## Вступ

Поширеність ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найвищих в країнах СНД та в усьому європейському регіоні. Офіційно визнається, що епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу поки що знаходиться в концентрованій стадії, тобто здебільшого концентрується серед осіб, що належать до груп високого ризику зараження.

Основним способом передачі ВІЛ-інфекції залишається споживання ін'єкційних наркотиків. Однак є дані, що лише 30% людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією, пройшли тест на ВІЛ і знають свій ВІЛ позитивний статус. Дедалі більше зростає загроза переходу епідемії в генералізовану стадію, котра підтримуватиметься новими випадками серед загального населення. Тому сьогодні ВІЛ-інфекція є однією з основних проблем охорони здоров'я в Україні.

Як і в багатьох країнах, що повільно реагували на перетворення концентрованої епідемії на генералізовану епідемію, українська система реагування на ВІЛ-інфекцію була створена дуже вертикальною, коли медичні послуги при цьому захворюванні надаються спеціалізованими структурами, які мають свої бюджети та систему управління, що слабко інтегрована з загальною системою охорони здоров'я.

Така вертикальна структура була необхідною для того, щоб бути впевненими в утримуванні епідемії в концентрованому вигляді та вчасному переведенні на препарати антиретровірусної терапії (АРВ) тих ВІЛ-позитивних осіб, які її потребують. Значна частка

фінансування програм з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу протягом останніх років забезпечувалася за рахунок донорської допомоги, зокрема Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФ).

Найближчим часом очікується скорочення фінансування програм з ВІЛ з боку донорів, зокрема, після 2016 р. передбачається завершення фінансування з боку ГФ.

Зазначена перспектива потребує вироблення нових підходів щодо боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу, які повинні реалізовуватися в рамках загальної реформи системи охорони здоров'я України.

Метою дослідження було визначення на експертному рівні шляхів перетворень у системі надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією в рамках започаткованих реформ, спрямованих на зміцнення системи охорони здоров'я в Україні.

Дослідження проведене за підтримки проекту USAID|Розвиток ВІЛ/СНІД сервісу в Україні.

## Методика дослідження

Дослідження проводилося у декілька етапів.

На **першому** етапі було здійснено вивчення міжнародного та вітчизняного досвіду організації надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією. Пілотний огляд світового досвіду інтеграції медичних послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу та ТБ у первинну медичну допомогу з орієнтацією на розширення повноважень



сімейних лікарів-лікарів загальної практики проведено в рамках Проекту розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні, що фінансувався USAID [1].

Аналіз української системи охорони здоров'я з зазначеного питання з визначенням сильних та слабких сторін у системі охорони здоров'я України, особливо у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу і планування сім'ї було виконано проектом «Системи охорони здоров'я 20/20», що фінансувався АМР США [2].

Були використані також матеріали щодо інтеграції послуг з профілактики ВІЛ-інфекції в США, підготовлені Департаментом політики в галузі охорони здоров'я, центром дослідження служб охорони здоров'я і політики, школою громадського здоров'я та охорони здоров'я університету Джорджа Вашингтона [6].

Наступний, **другий** етап було присвячено розробці анкети для експертів з її обговоренням з широким колом заінтересованих осіб.

**Третій** етап: визначення критеріїв включення/виключення експертів до досліджуваної групи. Основними критеріями включення були компетентність та наявність досвіду роботи.

**Четвертий** етап — відбір експертів — здійснювався працівниками проекту розвитку ВІЛ/СНІД в Україні Агенції з міжнародного розвитку США та Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань.

**П'ятий** етап — проведення експертизи та оцінка якості та повноти заповнення анкет з видаленням неякісно заповнених документів.

**Шостий** етап — обробка та аналіз даних експертизи.

**Сьомий** етап — висновки.

Основні характеристики експертної групи з 25 осіб, анкети яких були відібрані для остаточного аналізу: представників загально медичних ЗОЗ — 52% (в тому числі 3 керівника обласних та міських ДОЗ, 6 головних лікарів лікарень та їх заступників, 3 представника первинної медичної служби, 1 — керівник підрозділу вищого медичного навчального закладу); спеціалізованих за ВІЛ-інфекцією/СНІДом — 48% (в тому числі 9 головних лікарів центрів СНІДу та їх заступників, 1 — керівник Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, 1 — керівник проекту технічної допомоги); середній вік опитаних — 49,4 роки; 84% мали вищу та першу кваліфікаційні категорії з організації та управління охороною здоров'я; середній стаж роботи за спеціальністю — 17,3 роки.

Ступінь компетентності експертів з організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, оцінений за коефіцієнтами інформованості і аргументації, був високим —  $0,96 \pm 0,03$ .

## **Результати дослідження**

Виявлено існування широкого переліку чинників, що перешкоджають перериванню епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні (табл. 1). Не встановлено погодженості думок стосовно інтенсивності впливу цих факторів ні серед всієї групи експертів (коефіцієнт конкордації  $0,07318$ ;  $p > 0,05$ ), ні серед тих з них,

що представляють структури загально медичної допомоги (коефіцієнт конкордації 0,12912;  $p>0,05$ ), ні серед тих, хто представляє структури спеціалізованої для боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом медичної допомоги (коефіцієнт конкордації 0,17879;  $p>0,05$ ). Середні значення впливу зазначеного переліку факторів за десятибальною шкалою коливаються в межах від 7,8 до 5,6 балів.

Найбільш значущими виявилися такі фактори як:

- вертикальна розробка програм боротьби з ВІЛ-інфекцією (з залученням переважно спеціалізованих структур), у результаті чого заклади ПМСД практично виключені з цієї діяльності ( $7,8\pm2,7$ , ранг 1);
- низький рівень підготовки лікарів первинної ланки щодо протидії ВІЛ-інфекції та особливостей роботи з представниками груп підвищеного ризику (чоловіками, що мають статеві стосунки з чоловіками — ЧСЧ, споживачами ін'єкційних наркотиків — СІН, жінками комерційного сексу — ЖКС) ( $7,7\pm2,9$ , ранг 2);
- недостатня поінформованість населення про профілактику ВІЛ-інфекції ( $7,4\pm2,5$ ; ранг 3);
- існування значної кількості споживачів ін'єкційних наркотиків, які не проходять лікування від наркозалежності через недостатній доступ до замісної підтримуючої терапії ( $7,3\pm3,1$ ; ранг 4);
- упередженість серед широких верств населення щодо людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом (ЛЖВС) та їх дискримінація ( $7,2\pm3,1$ , ранг 5).

**Таблиця 1.** Інтенсивність впливу різних чинників, що перешкоджають перериванню епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу (за 10 бальною шкалою)

<b>Чинники</b>	<b>Бал <math>X \pm \delta</math></b>	<b>Ранг</b>
Недостатня поінформованість населення про профілактику ВІЛ-інфекції	<b>7,4±2,5</b>	<b>3</b>
Недостатній облік уразливих щодо ВІЛ-інфекції груп населення	<b>7,0±2,7</b>	<b>6–7</b>
Існування значної кількості споживачів ін'єкційних наркотиків, які не проходять лікування від наркозалежності	<b>7,3±3,1</b>	<b>4</b>
Вертикальна розробка програм боротьби з ВІЛ-інфекцією	<b>7,8±2,7</b>	<b>1</b>
Відсутність широкого доступу до ВІЛ-сервісних послуг через їх спеціалізацію (в Центрах СНІДу, кабінетах Довіра)	<b>6,0±3,7</b>	<b>13–14</b>
Нерозвиненість ВІЛ-сервісних послуг на рівні віддалених міст/районів	<b>6,3±1,5</b>	<b>9–10</b>
Відокремленість медичного обслуговування ЛЖВС від послуг закладів, що не спеціалізуються на допомозі пацієнтам з ВІЛ-інфекцією	<b>6,0±1,7</b>	<b>13–14</b>
Недостатня розвиненість системи первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини	<b>6,3±1,6</b>	<b>9–10</b>
Низький рівень підготовки лікарів первинної ланки щодо протидії ВІЛ-інфекції	<b>7,7±2,9</b>	<b>2</b>
Відсутність мотивації у лікарів первинної ланки до обслуговування пацієнтів з контингентів груп підвищеного ризику	<b>6,6±3,9</b>	<b>8</b>
Недостатня координованість діяльності спеціалізованих закладів протидії ВІЛ-інфекції та загально медичних закладів	<b>5,6±2,6</b>	<b>17–18</b>
Неефективність взаємодії між різними закладами та секторами охорони здоров'я	<b>5,6±3,3</b>	<b>17–18</b>
Слабкість взаємодії управлінців національного і регіонального рівнів при розробці загальнодержавних заходів з протидії ВІЛ-інфекції	<b>6,2±2,9</b>	<b>11–12</b>

<b>Чинники</b>	<b>Бал <math>X \pm \delta</math></b>	<b>Ранг</b>
Недостатність зв'язку/координації діяльності закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та інших, у тому числі неурядових організацій (НУО)	<b>6,2<math>\pm</math>2,9</b>	<b>11–12</b>
Недостатність фінансової стійкості НУО, що реалізують програми з протидії ВІЛ/СНІДу	<b>7,0<math>\pm</math>2,7</b>	<b>6–7</b>
Відсутність моніторингу якості ВІЛ-сервісних послуг	<b>5,9<math>\pm</math>2,8</b>	<b>15</b>
Упередженість щодо ЛЖВС та їх дискримінація в неспеціалізованих стосовно ВІЛ-інфекції медичних закладах	<b>5,7<math>\pm</math>3,4</b>	<b>16</b>
Упередженість щодо ЛЖВС та їх дискримінація серед широких верств населення	<b>7,2<math>\pm</math>3,1</b>	<b>5</b>

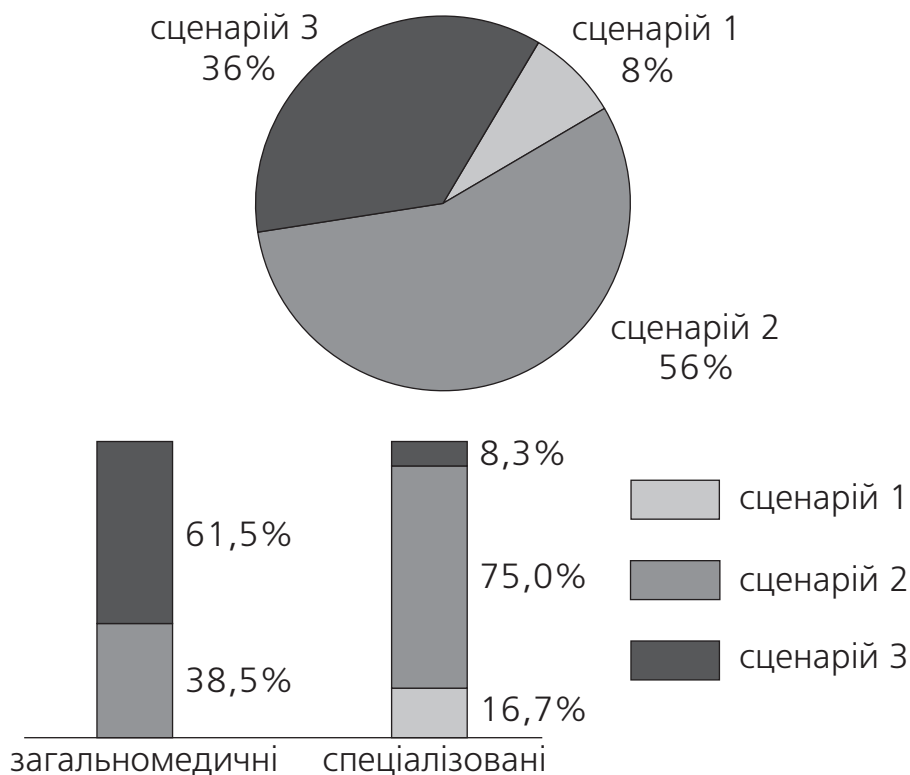
Примітка: коефіцієнт конкордації  $W=0,07318$ ;  $p>0,05$

Експертам було запропоновано висловитися щодо інтеграції в рамках реформування національної системи охорони здоров'я спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг у систему надання загально медичної допомоги.

З трьох запропонованих сценаріїв: 1) збереження існуючої дезінтегрованої, вертикальної системи; 2) часткова інтеграція спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг у загальномедичну систему; 3) повна інтеграція спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг у загальномедичну систему – більше половини (56%) експертів обрали в якості цільової моделі другий сценарій, дещо більше третини (36%) – третій і невелика частина (8%) – перший.

З диференційованого аналізу в розрізі відповідей експертів, що представляють структури загальномедичної та спеціалізованої за ВІЛ-інфекцією/СНІДом

допомоги, видно, що структура відповідей в цих двох групах принципово відрізняється (рис. 1).



**Рисунок 1.** Розподіл експертів за обраною цільовою моделлю інтеграції спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг у систему надання загальномедичної допомоги.

Якщо з числа представників загальномедичних структур майже 2/3 ( $61,5 \pm 13,5\%$ ) обирають як цільову модель для України третій сценарій, то серед представників спеціалізованих за ВІЛ-інфекцією/СНІДом структур таких достовірно ( $p < 0,001$ ) менше (лише  $8,3 \pm 7,9\%$ ).

Більшість представників спеціалізованих служб обирає другий сценарій, а 2 особи (керівний склад Севастопольського та Житомирського Центрів СНІДу) віддали перевагу існуючій системі надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, тобто обрали перший сценарій.

Такі відмінності в ставленні до перетворень у системі надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією представників спеціалізованих служб порівняно з представниками загальномедичних структур можна пояснити наявністю певних стереотипів мислення, сформованих під впливом існуючої системи організації медичного обслуговування, а також побоюваннями представників спеціалізованих служб щодо їх затребуваності в реформованій системі.

Реалізація будь-якого зі сценаріїв передбачає за кожним видом медичної допомоги (первинна, вторинна, третинна) формування конкретного набору структурних компонентів та притаманних їм функцій – переліку профілактичних та лікувальних послуг з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

**Що стосується структурних компонентів** — за результатами дослідження не виявлено розбіжностей в думках експертів стосовно структур або ЗОЗ, які повинні надавати **первинну медичну допомогу** за умови використання різних сценаріїв (табл. 2).

**Таблиця 2.** Перелік структурних компонентів (закладів охорони здоров'я), задіяних у наданні послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ )

Види медичної допомоги	Структурні компоненти					
	Сценарій 1 (існуюча дезінтегрована, вертикальна система)	% відпо-відей	Сценарій 2 (часткова інтеграція)	% відпо-відей	Сценарій 3 (повна інтеграція)	% відпо-відей
Первинна	ЦПМСД	56,5	ЦПМСД	87,0	ЦПМСД	92,0
Вторинна	Багатопро-фільні лікарні	43,4	Багатопрофільні лікарні	82,6	ЛІЛ	84,0
	Поліклініки/поліклінічні відділення лікарень (кабінети довіри, кабінети інфекційних захворювань)	100	Поліклініки/поліклінічні відділення лікарень; КДЦ ЛІЛ; поліклінічні відділення ЛІЛЛ (кабінети довіри, кабінети інфекційних захворювань)	100	КДЦ; поліклінічні відділення ЛІЛЛ (кабінети довіри, кабінети інфекційних захворювань)	100,0
	Жіночі консультації	95,7	Структурно або функціонально об'єднані (інтегровані) протитуберкульозні, наркологічні заклади та стаціонарні відділення Центрів СНІДу	78,2	Хоспіси для хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД	76,0
	Протитуберкульозні заклади	95,7				
	Дермато-венерологічні заклади	100	Жіночі консультації, протитуберкульозні, дермато-венерологічні наркологічні заклади, центри СНІДу 2-го рівня	47,8/ 61,1*	Жіночі консультації, протитуберкульозні, дермато-венерологічні наркологічні заклади	32%



	Наркологічні заклади	<b>100</b>					
	Центри СНІДу 2-го рівня (міські)	<b>91,3</b>					
<b>Третинна</b>	Багатопрофільні високоспеціалізовані лікарні	<b>43,4</b>	Багатопрофільні високоспеціалізовані лікарні	<b>78,2</b>	Багатопрофільні високоспеціалізовані лікарні	<b>66,7</b>	
	Центри СНІДу	<b>73,9</b>	Функціонально об'єднані (інтегровані) протитуберкульозні, наркологічні та стаціонарні відділення Центрів СНІДу	<b>95,7</b>	Структурно об'єднані (інтегровані) протитуберкульозні, наркологічні заклади та стаціонарні відділення Центрів СНІДу	<b>79,2</b>	
			Лабораторія центру СНІД	<b>95,7</b>	Лабораторія центру СНІД	<b>100,0</b>	
			Центр моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b>90,9</b>	Центр моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b>91,7</b>	
			Протитуберкульозні, дермато-венерологічні наркологічні заклади	<b>24,0/31,5**</b>	Функціональна інтеграція центрів ВІЛ/СНІД та спільноти НУО, що зосереджені на роботі з ОНРПВ	<b>75,0</b>	

Примітка: \* Серед тих, хто проголосував за об'єднання спеціалізованих закладів вторинного рівня у структури боротьби/контролю з соціально-небезпечними хворобами  
 \*\* Серед тих, хто проголосував за спеціалізованих об'єднання закладів третинного рівня у структури боротьби/контролю з соціально-небезпечними хворобами.

Ніхто з експертів не назвав іншого, крім Центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) як закладу для надання первинної медичної допомоги. Така думка відповідає заявленій в державі політиці щодо модернізації ПМД. Згідно з Національним планом дій на 2012 р. щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», затвердженим Указом Президента [5], вже в 2012 році в країні повинна бути сформована мережа ЦПМСД. Водночас, думка експертів виглядає одноставною лише на перший погляд.

За **сценарієм 1** ЦПМСД як заклад надання первинної допомоги назвали 56,5% експертів, за **сценарієм 2** — 87,0%, за **сценарієм 3** — 92,0%. Пояснити такі розбіжності в відповідях можна двома причинами:

- 1) поки що фактично на території України (крім пілотних регіонів) ЦПМСД не створені, а лише планується їх створення;
- 2) частина експертів недостатньо добре поінформована щодо стратегії та перебігу реформування як системи охорони здоров'я (СОЗ) в цілому, так і первинної медичної допомоги зокрема.

В існуючій системі (сценарій 1) згідно з діючими нормативними документами **вторинну медичну допомогу** пацієнтам з ВІЛ-інфекцією надають різноманітні багатопрофільні та спеціалізовані заклади,

між якими розподілені ВІЛ-сервісні функції. Експерти впевнено називають серед ЗОЗ вторинного рівня, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією: поліклініки/поліклінічні відділення лікарень (підрозділи – кабінети довіри, кабінети інфекційних захворювань – КІЗи) – 100% відповідей експертів, жіночі консультації – 95,7%, протитуберкульозні – 95,7%, дермато-венерологічні – 100,0%, наркологічні заклади – 100,0%, Центри СНІДу 2-го рівня (міські) – 91,3%. При цьому звертає на себе увагу те, що такий заклад, як багатoproфільні лікарні, був названий лише 43,4% експертів. Складається враження, що не всі експерти знають, що до складу багатoproфільних лікарень входить не лише стаціонарне, але й амбулаторно-поліклінічне відділення.

За твердженнями експертів, при реалізації сценарію 2 (часткова інтеграція), загальномедична вторинна медична допомога пацієнтам з ВІЛ-інфекцією в перехідний період проведення модернізації СОЗ надається як традиційними структурами: багатoproфільними лікарнями (82,6% відповідей) та поліклініками/поліклінічними відділеннями лікарень (100% відповідей) (підрозділами: кабінетами довіри, КІЗами відповідних закладів); так і новими типами закладів: консультативно-діагностичними центрами (КДЦ) лікарень інтенсивної допомоги (ЛІЛ) та поліклінічними відділеннями лікарень планового лікування (ЛПЛ) (підрозділами – кабінетами довіри, КІЗами відповідних ЗОЗ) – 100% відповідей (див. табл. 2).

Пропонується надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією структурно або функціонально об'єднаними (інтегрованими) протитуберкульозними, наркологічними закладами та стаціонарними відділеннями Центрів СНІДу. Таке об'єднання підтримують 78,2% експертів, у тому числі 81,8% представників загальномедичних закладів та 75% представників спеціалізованих закладів.

З загального числа експертів, що взяли участь у дослідженні, 17,4% активно не підтримали об'єднання спеціалізованих закладів. Але особливої уваги заслуговує той факт, що серед експертів, обравших об'єднання спеціалізованих закладів 61,1% (47,8% усіх експертів) підкреслюють необхідність паралельно з об'єднанням збереження самостійних спеціалізованих закладів (протитуберкульозних, наркологічних, Центрів СНІДу II рівня), що можна оцінити як формальний вибір об'єднання як структурного компоненту.

Водночас на державному рівні вже прийнято перше рішення про створення закладу по контролю за соціально небезпечними хворобами [4], згідно з яким Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України змінює назву на Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами з приєднанням до нього як відокремленого структурного підрозділу без створення юридичної особи Всеукраїнського центру контролю за туберкульозом.

Експертне бачення структурних компонентів надання **вторинної медичної допомоги** пацієнтам з ВІЛ-інфекцією за сценарієм 3 на перший погляд не

передбачає участі спеціалізованих закладів. Так, до числа основних закладів експертами віднесені: ЛІЛ — 84,0% відповідей, КДЦ ЛІЛ та поліклінічні відділення ЛПЛ (кабінети довіри, КІЗи відповідних закладів) — 100,0%; хоспіси для хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД — 76,0% відповідей (див. табл. 2).

Водночас 32% експертів, що обрали сценарій 3, налаштовані на включення в число структурних компонентів вторинної допомоги поряд з загальнопрофільними також спеціалізованих протитуберкульозних, наркологічних та інших ЗОЗ, що підриває впевненість в усвідомленому виборі експертами в рамках зазначеного сценарію такого структурного компоненту надання вторинної допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією як об'єднання спеціалізованих та загально-медичних закладів.

При наданні **третинної медичної допомоги** ВІЛ-інфікованим хворим в існуючій системі (сценарій 1), з точки зору експертів, задіяні багатoproфільні високоспеціалізовані лікарні — 43,4% відповідей та обласні центри СНІДу — 73,9%.

За сценарієм 2 **третинну медичну допомогу** ВІЛ-інфікованим хворим повинні надавати: багатoproфільні високоспеціалізовані лікарні — 78,2%, функціонально інтегровані протитуберкульозні, наркологічні заклади та стаціонарні відділення Центрів СНІДу — 95,7%.

Характеристика експертного вибору близька до такої, як при структурній організації **вторинної допомоги** за сценарієм 2, про що свідчить те, що з числа тих, хто обрав об'єднання, 31,5% заявили про

доцільність збереження самостійних спеціалізованих закладів третинного рівня (протитуберкульозних, наркологічних тощо).

Експертне бачення структурного наповнення **третинної медичної допомоги** ВІЛ-інфікованим хворим за сценарієм 3 близьке до такого за сценарієм 2: багатoproфільні високоспеціалізовані лікарні — 66,7%, структурно об'єднані протитуберкульозні, наркологічні заклади та стаціонарні відділення Центрів СНІДу — 79,2%.

Крім того експерти називають в якості структурних компонентів за сценаріями 2 та 3: лабораторію центру СНІД — 95,7÷100,% відповідей; центр моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу — 90,9÷91,7% відповідей, а також додатково за сценарієм 3: функціональну інтеграцію центрів ВІЛ/СНІДу та спільноти НУО, що зосереджені на роботі з особами найвищого ризику передачі ВІЛ (ОНРПВ) — 75,0%.

Світовий досвід свідчить, що головною характеристикою перетворень, спрямованих на зміцнення системи охорони здоров'я стосовно надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією та збільшення її доступності, є інтеграція ВІЛ-сервісних послуг у систему первинної медико-санітарної допомоги з відповідним розширенням повноважень сімейних лікарів/лікарів загальної практики.

В існуючій системі первинної допомоги (**сценарій 1**) послуги з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу обмежуються в кращому випадку інформаційно-просвітницькою роботою щодо ВІЛ-інфекції серед населення

(табл.3). Такої думки дотримується  $87,5 \pm 6,8\%$  експертів незалежно від обраної ними цільової моделі розвитку системи медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні. Лише один з експертів (представник спеціалізованих служб — головний лікар Центру СНІДу) вважає, що як в рамках діючої вертикально організованої системи, так і при частковій інтеграції загальномедичних і спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг, на первинний рівень повинно бути покладено виконання низки функцій з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції:

- проведення передтестового і післятестового консультування;
- проведення первинного клініко-лабораторного обстеження ВІЛ-інфікованих та забору крові з направленням зразків на дослідження до лабораторії центрів СНІДу;
- диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими пацієнтами;
- скерування пацієнтів до закладів вторинної медичної допомоги.

У рамках **сценарію 2** із частковою інтеграцією експерти вважають за необхідне розширити спектр послуг для хворих ВІЛ-інфекцією на первинному рівні шляхом передтестового добровільного консультування на ВІЛ-інфекцію відповідно до показань (100% відповідей) та підтримуючого післятестового консультування (при активному зверненні пацієнтів після первинного післятестового консультування) (100% відповідей).

При повній інтеграції (**сценарій 3**) більшість експертів рекомендує покласти на спеціалістів первинної ланки широкий спектр послуг щодо протидії ВІЛ-інфекції, який можна співвіднести з переліком послуг, що виконують первинні служби у сучасних системах охорони здоров'я, практикуючих горизонтальну систему ВІЛ-сервісних послуг.

Експерти, незалежно від обраної ними цільової моделі розвитку системи медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію, пропонують додатково до послуг, включених до **сценарію 2**, проведення:

- перевірки ВІЛ-статусу прикріпленого населення ( $76,0 \pm 8,5\%$  експертів);
- скринінг-тестування на наявність ВІЛ-інфекції відповідно до показань ( $92,0 \pm 5,4\%$ );
- взяття зразків крові за результатами ДКТ та доставки їх до регіональної лабораторії II рівня діагностики ВІЛ-інфекції ( $88,0 \pm 6,5\%$ );
- скерування пацієнтів з позитивним результатом лабораторного дослідження до міських центрів/відділень/профілактики та лікування ВІЛ/СНІД хворих II рівня для проведення післятестового консультування, остаточного встановлення діагнозу ( $96,0 \pm 3,9\%$ );
- післятестового консультування пацієнтів з негативними результатами обстеження ( $95,8 \pm 4,1\%$ );
- скерування ВІЛ-позитивних пацієнтів до відповідних соціальних служб за показаннями ( $91,7 \pm 5,6\%$ );
- надання загальномедичної допомоги ВІЛ-позитивним пацієнтам ( $96,0 \pm 3,9\%$ );



- лікування ВІЛ-позитивних пацієнтів АРВ-препаратами першого ряду ( $76,0 \pm 8,5\%$ ).

Звертають на себе увагу пропозиції експертів щодо надання ВІЛ-сервісних послуг жінкам та дітям:

- профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції серед жінок фертильного віку, в т.ч. скерування після ДКТ ВІЛ-інфікованих вагітних до спеціалістів II рівня для проведення допологової профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції антиретровірусними препаратами ( $88,0 \pm 6,5\%$ );
- нагляд за дітьми, народженими ВІЛ-позитивними матерями та ВІЛ-інфікованими дітьми сумісно зі спеціалістами 2-го рівня (100%);
- направлення дітей 1-го року життя, народжених ВІЛ-позитивними матерями, до спеціалістів II рівня, для проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції (100%);
- направлення дітей у віці 18 місяців і старше, народжених ВІЛ-позитивними матерями, до спеціалістів II рівня для уточнення ВІЛ-статусу ( $96,0 \pm 3,9\%$ ) (див. табл. 3).

Слід зазначити, що експерти підкреслюють необхідність виконання цього блоку послуг спеціалістами первинного рівня сумісно з фахівцями, які надають вторинну медичну допомогу.

**Таблиця 3.** Перелік профілактичних та лікувальних послуг щодо протидії ВІЛ-інфекції, які повинні надаватися в закладах охорони здоров'я **первинного рівня** за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ )

<b>Послуги</b>	<b>Сценарій 1</b>	<b>Сценарій 2</b>	<b>Сценарій 3</b>
Інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ-інфекції серед населення на території	<b>87,5±6,8</b>	<b>91,7±5,6</b>	<b>100</b>
Перевірка ВІЛ-статусу прикріпленого населення			<b>76,0±8,5</b>
Передтестове добровільне консультування (ДКТ) осіб на ВІЛ-інфекцію відповідно до показань		<b>100</b>	<b>96,0±3,9</b>
Скринінг-тестування на наявність ВІЛ-інфекції відповідно до показань			<b>92,0±5,4</b>
За результатами ДКТ взяття зразків крові й доставка їх до регіональної лабораторії II рівня діагностики ВІЛ-інфекції			<b>88,0±6,5</b>
Скерування пацієнтів з позитивним результатом лабораторного дослідження до міських центрів, міських і районних відділень, кабінетів профілактики та лікування ВІЛ/СНІД хворих II рівня обслуговування для проведення післятестового консультування, остаточного встановлення діагнозу			<b>96,0±3,9</b>
Проведення післятестового консультування пацієнтів з негативними результатами обстеження			<b>95,8±4,1</b>
Підтримуюче післятестове консультування (при активному зверненні пацієнтів після первинного післятестового консультування в закладах вторинного рівня)		<b>100</b>	<b>92,0±5,4</b>

<b>Послуги</b>	<b>Сценарій 1</b>	<b>Сценарій 2</b>	<b>Сценарій 3</b>
Скерування ВІЛ-позитивних пацієнтів до відповідних соціальних служб за показаннями			<b>91,7±5,6</b>
Надання загальномедичної допомоги ВІЛ-позитивним пацієнтам			<b>96,0±3,9</b>
Лікування ВІЛ-позитивних пацієнтів АРВ-препаратами першого ряду			<b>76,0±8,5</b>
Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції серед жінок фертильного віку, в т.ч. скерування після ДКТ ВІЛ-інфікованих вагітних до спеціалістів II рівня для проведення допологової профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції антиретровірусними препаратами			<b>88,0±6,5</b>
Сумісно зі спеціалістами 2-го рівня нагляд за дітьми, народженими ВІЛ-позитивними матерями та ВІЛ-інфікованими дітьми			<b>100</b>
Направлення дітей 1-го року життя, народжених ВІЛ-позитивними матерями до спеціалістів II рівня, для проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції			<b>100</b>
Направлення дітей у віці 18 місяців і старше, народжених ВІЛ-позитивними матерями, до спеціалістів II рівня для уточнення ВІЛ-статусу			<b>96,0±3,9</b>

Спектр більшості профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу, які експерти вважають доцільним надавати в багатoproфільних закладах охорони здоров'я вторинного рівня, за різними

сценаріями відрізняється мало (табл. 4). Відмінності стосуються в основному типів закладів загального профілю, які надають такі послуги.

**Таблиця 4.** Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу, які повинні надаватися в багатопрофільних закладах охорони здоров'я **вторинного рівня** за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ )

Послуги	Сценарій 1	Сценарій 2	Сценарій 3
Перед- і післятестове консультування на ВІЛ-інфекцію (ДКТ) пацієнтів, що звернулися безпосередньо до закладів вторинної допомоги	100	100	100
За результатами ДКТ взяття зразків крові й доставка їх до регіональної лабораторії II рівня діагностики ВІЛ-інфекції	100	100	96,0 $\pm$ 3,9
Диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД	100	95,8 $\pm$ 4,1	92,0 $\pm$ 5,4
Скерування за показаннями до відповідних ЗОЗ (Центрів СНІДу та інших)	100	96,0 $\pm$ 4,0	96,0 $\pm$ 3,9
Організація і надання позалікарняної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД		87,5 $\pm$ 6,8	88,0 $\pm$ 6,5
Надання невідкладної медичної допомоги дорослим та дітям, хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД	66,7 $\pm$ 9,6	100	96,0 $\pm$ 3,9
Надання медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД при захворюваннях, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією	58,7 $\pm$ 10,1	95,8 $\pm$ 4,1	100
Надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією			100

Послуги	Сценарій 1	Сценарій 2	Сценарій 3
Надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією та при наявності у них активних форм туберкульозу			100
Допомога та пологова профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції серед ВІЛ-інфікованих вагітних	100	100	92,0±5,4
Нагляд за дітьми, народженими ВІЛ-позитивними матерями та ВІЛ-інфікованими дітьми	70,8±9,3	70,8±9,3	92,0±5,4
Проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції дітей 1-го року життя, народжених ВІЛ-позитивними матерями			92,0±5,4
Уточнення ВІЛ-статусу дітей у віці 18 місяців і старше, народжених ВІЛ-позитивними матерями			84,0±7,3
Диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД			95,8±4,1
Надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією			92,0±5,4
Надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією та при наявності у них активних форм туберкульозу			96,0±5,4
Хоспісна допомога хворим на СНІД в термінальній стадії		1 експерт	80,0±8,0
Навчання медичного персоналу з питань СНІДу	95,8±4,1	100	100

Так, переважна більшість експертів підтримала необхідність проведення в багатопрофільних закладах охорони здоров'я вторинного рівня перед і післятестового ДКТ на ВІЛ-інфекцію пацієнтів, що звернулися безпосередньо до закладів вторинної допомоги ( $100 \div 100\%$  експертів), взяття зразків крові за його результатами й доставка їх до регіональної лабораторії II рівня діагностики ВІЛ-інфекції ( $100 \div 96,0 \pm 3,9\%$ ), скерування за показаннями до відповідних ЗОЗ (Центрів СНІДу та інших) ( $100 \div 96,0 \pm 4,0\%$ ).

Однак за **сценарієм 1** виконання цих послуг покладається на амбулаторно-поліклінічні заклади (кабінети довіри та КІЗи); за **сценарієм 2** — на амбулаторно-поліклінічні заклади, які продовжують існувати у непілотних регіонах; КДЦ ЛІЛ; поліклінічні відділення ЛПЛ (кабінети довіри, КІЗи, що є структурними елементами цих закладів); за **сценарієм 3** — на КДЦ ЛІЛ, поліклінічні відділення ЛПЛ (кабінети довіри, КІЗи).

Близька картина вимальовується щодо надання ВІЛ-сервісних послуг жінкам та дітям. Підтримує необхідність проведення допологової та пологової профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції серед ВІЛ-інфікованих вагітних переважна більшість експертів ( $100 \div 92,0 \pm 5,4\%$ ), проте за **сценарієм 1** — амбулаторно: силами жіночих консультацій, стаціонарно: пологових відділень/будинків); за **сценарієм 2** — амбулаторно: жіночими консультаціями, акушерсько-гінекологічними відділеннями КДЦ ЛІЛ, поліклінічними відділеннями ЛПЛ; стаціонарно: половими

відділеннями багатoproфільних лікарень/пологовими будинками, пологовими відділеннями ЛІЛ), за **сценарієм 3** — амбулаторно: сумісно зі спеціалістами первинної допомоги акушерсько-гінекологічними відділеннями КДЦ ЛІЛ та поліклінічними відділеннями ЛПЛ ; стаціонарно: пологовими відділеннями ЛІЛ).

Доцільність здійснення багатoproфільними ЗОЗ вторинного рівня нагляду за дітьми, народженими ВІЛ-позитивними матерями та ВІЛ-інфікованими дітьми підтримує  $70,8 \pm 9,3 \div 92,0 \pm 5,4\%$  експертів при різних сценаріях. Водночас за **сценарієм 1** ця функція покладається на дитячі поліклініки; за **сценарієм 2** — на дитячі поліклініки, КДЦ (педіатричні відділення) та поліклінічні відділення ЛПЛ; за **сценарієм 3** — на КДЦ (педіатричні відділення) та поліклінічні відділення ЛПЛ сумісно зі спеціалістами первинної допомоги.

За необхідність виконання багатoproфільними ЗОЗ вторинного рівня такої функції як навчання медичного персоналу з питань СНІДу виступають при різних сценаріях  $95,8 \pm 4,1 \div 100\%$  експертів.

Однак за **сценарієм 1** ця функція покладається на амбулаторно-поліклінічні заклади, що надають допомогу дорослим та дітям (кабінети довіри); за **сценарієм 2** — на амбулаторно-поліклінічні заклади, що надають допомогу дорослим та дітям; КДЦ та поліклінічні відділення ЛПЛ (кабінети довіри відповідних закладів); за **сценарієм 3** — на КДЦ та поліклінічні відділення ЛПЛ (кабінети довіри відповідних закладів).

Експерти, незалежно від обраного ними сценарію, вважають, що всі багатопрофільні ЗОЗ вторинного рівня повинні забезпечувати надання невідкладної медичної допомоги дорослим та дітям, хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД (за **сценарієм 1** істотно менша частка опитаних —  $66,7 \pm 9,6\%$ , за **сценаріями 2 та 3**  $100 \div 96,0 \pm 3,9\%$ ) та медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД при захворюваннях, не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (за **сценарієм 1** істотно менша частка опитаних —  $58,7 \pm 10,1\%$ , за **сценаріями 2 та 3**  $95,8 \pm 4,1 \div 100\%$ )).

При реалізації **сценаріїв 2 та 3** експертами пропонується включення до ВІЛ-сервісних послуг організації і надання позалікарняної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД —  $87,5 \pm 6,8 \div 88,0 \pm 6,5\%$ .

Крім того, при реалізації **сценарію 3** в багатопрофільних ЗОЗ вторинного рівня рекомендується надавати додатково такі послуги як:

- проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції дітей 1-го року життя, народжених ВІЛ-позитивними матерями (КІЗи КДЦ, поліклінічних відділень ЛПЛ) —  $92,0 \pm 5,4\%$ ;
- уточнення ВІЛ-статусу дітей у віці 18 місяців і старше, народжених ВІЛ-позитивними матерями (КІЗи КДЦ, поліклінічні відділення ЛПЛ) —  $84,0 \pm 7,3\%$ ;
- надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією (інфекційні боксовані відділення ЛПЛ) —  $92,0 \pm 5,4\%$ ;



- надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією та при наявності у них активних форм туберкульозу (протитуберкульозні боксовані відділення ЛІЛ) —  $96,0 \pm 5,4\%$ ;
- хоспісна допомога хворим на СНІД у термінальній стадії (хоспіси) —  $80,0 \pm 8,0\%$ .

Перелік послуг, які доцільно надавати в спеціалізованих не за ВІЛ-інфекцією/СНІДом спеціалізацією закладах охорони здоров'я **вторинного рівня**, за різними сценаріями не відрізняється широтою (табл. 5).

При **сценарії 1** експерти відносять до таких послуг надання в наркологічних закладах стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, що вживають наркотики ін'єкційно та захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією ( $83,3 \pm 6,6\%$ ) та надання в протитуберкульозних закладах стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією та при наявності у них активних форм туберкульозу ( $87,5 \pm 6,8\%$ ).

При **сценарії 2** експерти пропонують виконання зазначених вище функцій в структурно або функціонально об'єднаних (інтегрованих) протитуберкульозних, наркологічних закладах та стаціонарних відділеннях Центрів СНІДу ( $95,8 \pm 4,1 \div 91,7 \pm 5,6\%$ ).

При **сценарії 3** експерти не передбачають здійснення ВІЛ-сервісних послуг у спеціалізованих не за ВІЛ-інфекцією/СНІДом закладах охорони здоров'я **вторинного рівня**.

**Таблиця 5.** Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу, які повинні надаватися в спеціалізованих не за ВІЛ-інфекцією/СНІД спеціалізацією закладах охорони здоров'я **вторинного рівня** за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ )

Послуги	Сценарій 1	Сценарій 2	Сценарій 3
Надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, що вживають наркотики ін'єкційно та захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією	<b>83,3<math>\pm</math>6,6</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
Надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, що вживають наркотики ін'єкційно та захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією з АРВ-терапією	<b>x</b>	<b>95,8<math>\pm</math>4,1</b>	<b>x</b>
Надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією та при наявності у них активних форм туберкульозу	<b>87,5<math>\pm</math>6,8</b>	<b>91,7<math>\pm</math>5,6</b>	<b>x</b>

Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу, які повинні надаватися в спеціалізованих за ВІЛ-СНІД спеціалізацією ЗОЗ **вторинного рівня** за **сценарієм 1**, традиційний для існуючої вертикальної системи надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією (табл. 6).

**Таблиця 6.** Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ/СНІД, які повинні надаватися в спеціалізованих за ВІЛ-інфекцією/СНІДом спеціалізацією закладах охорони здоров'я **вторинного рівня** за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ )

Послуги	Сценарій 1	Сценарій 2	Сценарій 3
Перед- і післятестове консультування на ВІЛ-інфекцію (ДКТ) пацієнтів, що звернулися	100	100	92,0±5,4
Проведення лікування АРВ-терапії ВІЛ-позитивних пацієнтів та хворих на СНІД	100		
Організація і надання позалікарняної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД	91,7±5,6		
Диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД	100	100	
Епідеміологічне розслідування вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції/СНІДу	95,7±4,2	95,8±4,1	96,0±3,9
Надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, що не вживають наркотики ін'єкційно та захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією (стаціонари Центрів СНІД)	100		
Надання необхідних видів медичної, медико-психологічної та соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД.	83,3±6,6		
Проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції дітей 1-го року життя, народжених ВІЛ-позитивними матерями	95,8±4,1		
Уточнення ВІЛ-статусу дітей у віці 18 місяців і старше, народжених ВІЛ-позитивними матерями	95,8±4,1		
Лабораторна діагностика ВІЛ-інфекції (лабораторія Центру СНІДУ)	100	100	96,0±3,9

За **сценаріями 2 та 3** спектр функцій, що покладаються на ці заклади, на думку експертів, повинен бути істотно скорочений через їх перерозподіл на рівень багатoproфільних або спеціалізованих не за ВІЛ-інфекцією/СНІДом спеціалізацією ЗОЗ.

За **сценаріями 2 та 3** в спеціалізованих за ВІЛ-інфекцією/СНІДом спеціалізацією закладах охорони здоров'я вторинного рівня доцільно залишити:

- перед- і післятестове консультування на ВІЛ-інфекцію пацієнтів, які безпосередньо звернулися до таких закладів (кабінети довіри Центрів СНІД II рівня) —  $100 \div 92,0 \pm 5,4\%$  відповідей експертів;
- епідеміологічне розслідування вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції/СНІДу —  $95,8 \pm 4,1 \div 96,0 \pm 3,9\%$ ;
- лабораторна діагностика ВІЛ-інфекції (лабораторія Центру СНІДУ) —  $100 \div 96,0 \pm 3,9\%$ .

Крім того, **сценарій 2** передбачає ще й диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД — 100% відповідей експертів.

Спектр профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу, які повинні надаватися в багатoproфільних ЗОЗ третинного рівня, за різними сценаріями відрізняється мало (табл. 7).

Це — первинне клініко-лабораторне обстеження пацієнтів за показаннями, при яких пацієнту пропонуються послуги з добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію при зверненні за медичною допомогою (діапазон відповідей експертів при різних

**Таблиця 7.** Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу, які повинні надаватися в багатопрофільних закладах **третинного рівня** за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ )

Послуги	Сценарій 1	Сценарій 2	Сценарій 3
Первинне клініко-лабораторне обстеження пацієнтів за показаннями, при яких пацієнту пропонуються послуги з ДКТ та тестування на ВІЛ при зверненні за медичною допомогою	<b>91,7±5,6</b>	<b>83,3±6,6</b>	<b>84,0±7,3</b>
Взяття зразків крові та доставка їх до регіональної лабораторії Центру СНІДу	<b>95,8±4,1</b>	<b>87,5±6,8</b>	<b>88,0±6,5</b>
Надання комплексної амбулаторної та стаціонарної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД, при захворюваннях пов'язаних та не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією			<b>84,0±7,3</b>

сценаріях  $91,7 \pm 5,6 \div 83,3 \pm 6,6\%$ ); взяття зразків крові та доставка їх до регіональної лабораторії Центру СНІДу ( $95,8 \pm 4,1 \div 87,5 \pm 6,8\%$ ).

Крім того експерти вважають доцільним при реалізації сценарію забезпечення надання в багатопрофільних закладах третинного рівня комплексної амбулаторної та стаціонарної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, при захворюваннях, пов'язаних та не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією —  $84,0 \pm 7,3\%$  відповідей експертів.

Погляди експертів щодо переліку профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу, які повинні надаватися в спеціалізованих не за ВІЛ-інфекцією/СНІДом спеціалізацією закладах охорони здоров'я третинного рівня за різними сценаріями, представлені в таблиці 8.

За **сценарієм 1** — це надання в регіональних наркологічних закладах стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, що вживають наркотики ін'єкційно та захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією ( $79,2 \pm 8,3\%$  відповідей) та надання в регіональних протитуберкульозних закладах стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією та при наявності у них активних форм туберкульозу ( $83,3 \pm 6,6\%$ ).

За **сценарієм 2** — надання в функціонально або структурно об'єднаних у заклади боротьби з соціально небезпечними хворобами протитуберкульозних, наркологічних закладів та стаціонарних відділень Центрів СНІДу стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, що вживають наркотики ін'єкційно та захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією з АРВ-терапією та пацієнтам, захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією та при наявності у них активних форм туберкульозу ( $95,8 \pm 4,1 \div 95,8 \pm 4,1\%$  відповідей).

За **сценарієм 3** не передбачається надання медичної допомоги в спеціалізованих не за ВІЛ-СНІД спеціалізацією закладах охорони здоров'я третинного рівня.

**Таблиця 8.** Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу , які повинні надаватися в **спеціалізованих не за** ВІЛ-інфекцією/СНІДом спеціалізацією медичних закладах охорони здоров'я **третинного рівня** за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ )

Послуги	Сценарій 1	Сценарій 2	Сценарій 3
Надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, що вживають наркотики ін'єкційно та захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією	<b>79,2±8,3</b>		
Надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, що вживають наркотики ін'єкційно та захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією з <b>АРВ-терапією</b>		<b>95,8±4,1</b>	
Надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам, захворювання яких пов'язані з ВІЛ-інфекцією та при наявності у них активних форм туберкульозу	<b>83,3±6,6</b>	<b>95,8±4,1</b>	

Експерти вважають, що за всіма трьома сценаріями певний спектр послуг повинен надаватися в **спеціалізованих за** ВІЛ-інфекцією/СНІДом спеціалізацією закладах охорони здоров'я **третинного рівня** (табл. 9):

- проведення підтверджуючих досліджень на ВІЛ-інфекцію ( $95,8 \pm 4,1 \div 100\%$  відповідей експертів);
- лабораторний моніторинг за ВІЛ-інфекцією та антитретровірусною терапією ( $91,7 \pm 5,6 \div 100\%$ );

- епідеміологічне розслідування вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції/СНІДу ( $75,0 \pm 8,8 \div 92,0 \pm 5,4\%$ );
- епідеміологічний моніторинг та епіднагляд за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в регіоні ( $83,3 \pm 6,6 \div 92,0 \pm 5,4\%$ );
- організаційно-методичне керівництво діяльністю ЗОЗ щодо надання населенню в зв'язку з ВІЛ-інфекцією ( $79,2 \pm 8,3 \div 96,0 \pm 3,9\%$ );
- здійснення міжвідомчої координації та забезпечення взаємодії з центральними та місцевими органами виконавчої влади у сфері боротьби із захворюванням на ВІЛ-інфекцію/СНІД ( $87,5 \pm 6,8 \div 100\%$ );
- співпраця з іншими державними, громадськими та міжнародними організаціями з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу ( $87,5 \pm 6,8 \div 100\%$ );
- ведення баз даних щодо закладів/організацій, що надають послуги з ДКТ на ВІЛ-інфекцію, та фахівців, які пройшли спеціалізовану підготовку з цих питань, включно з неурядовими організаціями ( $83,3 \pm 6,6 \div 88,0 \pm 6,5\%$ ).

На думку експертів, при реалізації сценаріїв 2 та 3 доцільним є здійснення такої функції як укладання **спеціалізованими за ВІЛ-інфекцією/СНІДом** спеціалізацією закладами охорони здоров'я **третинного рівня** договорів про співпрацю з представниками неурядових ВІЛ-сервісних організацій, Товариства Червоного Хреста, Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, соціальних служб і груп взаємодопомоги для догляду, підтримки та надання психологічної, соціальної, юридичної допомоги ВІЛ-інфікованим та членам їх родин —  $100 \div 96,0 \pm 3,9\%$ .



Лише при реалізації **сценарію 1** експерти вважають доцільним виконання **спеціалізованими за ВІЛ-інфекцією/СНІДом** спеціалізацією закладами охорони здоров'я **третинного рівня** ще й чисто лікувально-профілактичних функцій:

- організація і надання позалікарняної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД ( $91,7 \pm 5,6\%$ );
- диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД ( $95,8 \pm 4,1\%$ );
- надання необхідних видів медичної, медико-психологічної та соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД ( $95,8 \pm 4,1\%$ );
- надання допомоги при складних випадках ВІЛ/СНІД (100% відповідей).

**Таблиця 9.** Перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу, які повинні надаватися в **спеціалізованих за ВІЛ-інфекцією/СНІДом** спеціалізацією закладах охорони здоров'я **третинного рівня** за різними сценаріями (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ )

Послуги	Сценарій 1	Сценарій 2	Сценарій 3
Організація і надання поза-лікарняної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД	<b>91,7±5,6</b>		
Диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД	<b>95,8±4,1</b>		
Надання необхідних видів медичної, медико-психологічної та соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД.	<b>95,8±4,1</b>		

<b>Послуги</b>	<b>Сценарій 1</b>	<b>Сценарій 2</b>	<b>Сценарій 3</b>
Надання допомоги при складних випадках ВІЛ/СНІД	<b>100</b>		
Проведення підтверджуючих досліджень на ВІЛ-інфекцію	<b>100</b>	<b>95,8±4,1</b>	<b>96,0±3,9</b>
Лабораторний моніторинг за ВІЛ-інфекцією та антиретровірусною терапією (визначення кількості СД4 – лімфоцитів, копій мРНК ВІЛ-1, провірусної ДНК ВІЛ-1)	<b>100</b>	<b>91,7±5,6</b>	<b>96,0±3,9</b>
Епідеміологічне розслідування вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b>83,3±6,6</b>	<b>75,0±8,8</b>	<b>92,0±5,4</b>
Епідеміологічний моніторинг та епіднагляд за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в регіоні	<b>83,3±6,6</b>	<b>91,7±5,6</b>	<b>92,0±5,4</b>
Організаційно-методичне керівництво діяльністю ЗОЗ щодо надання населенню в зв'язку з ВІЛ-інфекцією	<b>79,2±8,3</b>	<b>91,7±5,6</b>	<b>96,0±3,9</b>
Укладання договорів про співпрацю з представниками неурядових ВІЛ-сервісних організацій, Товариства Червоного Хреста, Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, соціальних служб і груп взаємодопомоги для догляду, підтримки та надання психологічної, соціальної, юридичної допомоги ВІЛ-інфікованим та членам їх родин.		<b>100</b>	<b>96,0±3,9</b>

Послуги	Сценарій 1	Сценарій 2	Сценарій 3
Здійснення міжвідомчої координації та забезпечення взаємодії з центральними та місцевими органами виконавчої влади у сфері боротьби із захворюванням на ВІЛ-інфекцію/СНІД.	87,5±6,8	100	96,0±3,9
Співпраця з іншими державними, громадськими та міжнародними організаціями з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу.	87,5±6,8	100	100
Ведення баз даних щодо закладів/організації, що надають послуги з ДКТ на ВІЛ-інфекцію, та фахівців, які пройшли спеціалізовану підготовку з цих питань, включно з неурядовими організаціями	83,3±6,6	83,3±6,6	88,0±6,5

При оцінці експертами переваг, пов'язаних з реалізацією різних сценаріїв інтеграції, виявлено наступне (табл. 10).

Невелика частка експертів вбачає наявність різноманітних переваг при реалізації сценарію 1 (від 25,0±8,8% максимум до 8,3±5,8% мінімум). Однак проведений аналіз дозволив виявити, що число експертів, які відзначають наявність переваг, суттєво зростає при **сценарії 2** порівняно зі **сценарієм 1**, а також при **сценарії 3** порівняно зі **сценарієм 2**.

Зв'язок всіх зазначених в табл. 10 переваг зі сценарієм інтеграції високо достовірний ( $X^2$ ,  $p < 0,001$ ). Найбільш стрімке зростання числа відповідей експертів від **сценарію 1** до **сценарію 3** виявлено стосовно:

- забезпечення комплексності надання медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД (з  $8,3 \pm 5,8\%$  за **сценарієм 1** до  $95,8 \pm 4,1\%$  при **сценарії 3**);
- збільшення ефективності використання обмежених ресурсів системи охорони здоров'я (з  $8,3 \pm 5,8\%$  за **сценарієм 1** до  $91,7 \pm 5,6\%$  при **сценарії 3**);
- збільшення фінансової стійкості при наданні медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД (з  $8,3 \pm 5,8\%$  за **сценарієм 1** до  $83,3 \pm 7,6\%$  за **сценарієм 3**);
- поліпшення внутрішньо секторального співробітництва для профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІД (з  $8,3 \pm 5,8\%$  за **сценарієм 1** до  $91,7 \pm 5,6\%$  за **сценарієм 3**);
- поліпшення міжсекторального співробітництва для профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІД (з  $8,3 \pm 5,8\%$  за **сценарієм 1** до  $91,7 \pm 5,6\%$  за **сценарієм 3**).

**Таблиця 10.** Переваги, пов'язані з реалізацією різних сценаріїв інтеграції (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ ).

Переваги	Сценарій 1	Сценарій 2	Сценарій 3	$\chi^2$
Зменшення дискримінації в питаннях ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b><math>25,0 \pm 8,8</math></b>	<b><math>60,9 \pm 10,2</math></b>	<b><math>83,3 \pm 7,6</math></b>	<b><math>p &lt; 0,001</math></b>
Збільшення фізичної доступності медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД	<b><math>20,8 \pm 8,5</math></b>	<b><math>65,2 \pm 9,9</math></b>	<b><math>87,5 \pm 6,8</math></b>	<b><math>p &lt; 0,001</math></b>

<b>Переваги</b>	<b>Сценарій 1</b>	<b>Сценарій 2</b>	<b>Сценарій 3</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Забезпечення комплексності надання медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД	<b>8,3±5,8</b>	<b>56,5±10,3</b>	<b>95,8±4,1</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Зменшення дублювання медичних послуг	<b>8,3±5,8</b>	<b>39,1±10,2</b>	<b>87,5±6,8</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Збільшення результативності системи охорони здоров'я щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та її наслідків	<b>12,5±6,9</b>	<b>60,9±10,2</b>	<b>91,7±5,6</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Збільшення ефективності використання обмежених ресурсів системи охорони здоров'я	<b>8,3±5,8</b>	<b>52,2±10,4</b>	<b>91,7±5,6</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Збільшення фінансової стійкості при наданні медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД	<b>8,3±5,8</b>	<b>56,5±10,3</b>	<b>83,3±7,6</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Поліпшення внутрішнього секторального співробітництва для профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b>8,3±5,8</b>	<b>69,6±9,6</b>	<b>91,7±5,6</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Поліпшення міжсекторального співробітництва для профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b>8,3±5,8</b>	<b>65,2±9,9</b>	<b>91,7±5,6</b>	<b>p&lt;0,001</b>

Високо достовірний зв'язок за критерієм  $\chi^2$  виявлений між частотою відповідей експертів щодо численних ризиків та різними сценаріями інтеграції (табл. 11).

Найбільш часто експерти констатують наявність ризиків при реалізації сценарію 1. При сценаріях 2 та 3 достовірно менша, ніж при сценарії 1, частка експертів відмічає наявність ризиків щодо збереження дискримінації ЛЖВС та людей з високим ступенем ризику захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД серед медичної спільноти; недостатньої координації служб ВІЛ-інфекції/СНІДу з багатофункціональною системою надання медичних послуг загального характеру; складнощів в отриманні комплексного лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД при наявності супутніх захворювань; зменшення результативності системи охорони здоров'я щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу; недостатнього рівня підготовки фахівців загального профілю в сфері ВІЛ-інфекції/СНІД; відсутності мотивації у працівників ЦПМСД до перевірки ВІЛ-статусу своїх пацієнтів; низького рівня довіри ЛЖВС іншим, ніж спеціалізовані з ВІЛ-інфекцією/СНІД, надавачам медичних послуг; зменшення ефективності використання обмежених ресурсів системи охорони здоров'я; збільшення дублювання медичних послуг; зменшення фінансової стійкості при наданні медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД; незаінтересованості керівництва та медичних працівників спеціалізованих закладів з профілактики

та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом в інтеграції медичних послуг; наявності нормативних перешкод через недосконалість нормативно-правової бази; погіршення між секторального співробітництва для профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу.

***При цьому не виявлено достовірних відмінностей частоти відповідей експертів при оцінці сценаріїв 2 та 3.***

Істотне зменшення частоти відповідей експертів щодо ризиків при реалізації сценаріїв 2 та 3 виявлено лише для двох чинників: неефективність взаємодії в середині сектору охорони здоров'я та з іншими ніж охорона здоров'я секторами.

Звичайно, що і формування переваг, і зменшення ризиків при збільшенні інтеграції спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг у систему загальномедичної допомоги потребує формування виконання певних умов при їх застосуванні.

Єдиний ризикований чинник, по якому експерти не виявили істотної різниці при різних сценаріях, це — агресивне ставлення певної частки населення до легального сумісного обслуговування ВІЛ-інфікованих та інших хворих.

**Таблиця 11.** Ризики, пов'язані з реалізацією різних сценаріїв інтеграції (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ )

<b>Ризики</b>	<b>Сценарій 1</b>	<b>Сценарій 2</b>	<b>Сценарій 3</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Збереження дискримінації ЛЖВС та людей з високим ступенем ризику захворювання на ВІЛ-інфекцію/СНІД серед медичної спільноти	<b>69,6±9,6</b>	<b>29,2±9,3<sup>1</sup></b>	<b>30,4±9,2<sup>1</sup></b>	<b>p&lt;0,002</b>
Недостатня координація служб ВІЛ/СНІД з багатофункціональною системою надання медичних послуг загального характеру	<b>87,5±6,8</b>	<b>45,8±10,2<sup>1</sup></b>	<b>24,0±8,5<sup>1</sup></b>	<b>p&lt;0,001</b>
Складнощі в отриманні комплексного лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД при наявності супутніх захворювань	<b>87,5±6,8</b>	<b>29,2±9,3<sup>1</sup></b>	<b>20,0±8,0<sup>1</sup></b>	<b>p&lt;0,001</b>
Зменшення результативності системи охорони здоров'я щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b>83,3±7,6</b>	<b>20,8±8,3<sup>1</sup></b>	<b>24,0±8,5<sup>1</sup></b>	<b>p&lt;0,001</b>



<b>Ризики</b>	<b>Сценарій 1</b>	<b>Сценарій 2</b>	<b>Сценарій 3</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Недостатній рівень підготовки фахівців загального профілю в сфері ВІЛ/СНІД	<b>70,8±9,5</b>	<b>45,8±10,2<sup>1</sup></b>	<b>48,0±10,0<sup>1</sup></b>	<b>p&lt;0,001</b>
Відсутність мотивації у працівників ЦПМСД до перевірки ВІЛ-статусу своїх пацієнтів	<b>70,8±9,5</b>	<b>58,3±10,1<sup>1</sup></b>	<b>48,0±10,0<sup>1</sup></b>	<b>p&lt;0,001</b>
Низький рівень довіри ЛЖВС іншим, ніж спеціалізовані з ВІЛ-інфекції/СНІДу, надавачам медичних послуг	<b>69,6±9,6</b>	<b>37,5±9,9<sup>1</sup></b>	<b>36,0±9,6<sup>1</sup></b>	<b>p&lt;0,014</b>
Зменшення ефективності використання обмежених ресурсів системи охорони здоров'я	<b>83,3±7,6</b>	<b>29,2±9,3<sup>1</sup></b>	<b>20,8±8,3<sup>1</sup></b>	<b>p&lt;0,001</b>
Збільшення дублювання медичних послуг	<b>75,0±8,8</b>	<b>41,7±10,1<sup>1</sup></b>	<b>29,2±9,3<sup>1</sup></b>	<b>p&lt;0,001</b>
Зменшення фінансової стійкості при наданні медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД	<b>79,2±8,3</b>	<b>25,0±8,8<sup>1</sup></b>	<b>29,2±9,3<sup>1</sup></b>	<b>p&lt;0,001</b>

<b>Ризики</b>	<b>Сценарій 1</b>	<b>Сценарій 2</b>	<b>Сценарій 3</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Неефективна взаємодія в середині сектору охорони здоров'я	<b>83,3±7,6</b>	<b>41,7±10,1</b>	<b>16,7±7,6</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Неефективна взаємодія з іншими ніж охорона здоров'я секторами	<b>87,5±6,8</b>	<b>54,2±10,2</b>	<b>20,8±8,3</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Агресивне ставлення певної частки населення до легального сумісного обслуговування ВІЛ-інфікованих та інших хворих	<b>54,2±0,2<sup>2</sup></b>	<b>54,2±10,2<sup>2</sup></b>	<b>48,0±10,0<sup>2</sup></b>	<b>p&gt;0,001</b>
Незаінтересованість керівництва та медичних працівників спеціалізованих закладів з профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом в інтеграції медичних послуг	<b>70,8±9,5</b>	<b>54,2±10,2</b>	<b>32,0±9,3</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Наявність нормативних перешкод через недовідомість нормативно-правової бази	<b>83,3±7,6</b>	<b>54,2±10,2</b>	<b>48,0±10,0</b>	<b>p&lt;0,001</b>

<b>Ризики</b>	<b>Сценарій 1</b>	<b>Сценарій 2</b>	<b>Сценарій 3</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Погіршення внутрішньо секторального співробітництва для профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІД	<b>66,7±9,6</b>	<b>29,2±9,3</b>	<b>24,0±8,5</b>	<b>p&lt;0,001</b>
Погіршення міжсекторального співробітництва для профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b>70,8±9,5</b>	<b>33,3±9,6</b>	<b>20,0±8,0</b>	<b>p&lt;0,001</b>

Примітки:

<sup>1</sup> відсутність достовірних відмінностей між сценаріями 2 та 3;

<sup>2</sup> відсутність достовірних відмінностей між різними сценаріями.

Як було зазначено вище, повноцінна реалізація будь-якого з трьох сценаріїв, що розглядаються, потребує забезпечення певних умов (табл. 12–14).

Так для всіх трьох сценаріїв, за даними експертизи, необхідні:

- 1) розробка і використання єдиних методичних керівництв/настанов для спеціалізованих служб ВІЛ-інфекції/СНІДу та медичних закладів загального профілю (87,5÷100% експертів при відповідях на необхідність додаткових умов при різних сценаріях);
- 2) створення та перманентна актуалізація баз даних щодо закладів/організацій, що надають послуги з ДКТ на ВІЛ-інфекцію (83,3÷100);
- 3) створення та перманентна актуалізація баз даних щодо фахівців, які пройшли спеціалізовану підготовку з питань ДКТ на ВІЛ-інфекцію (70,8÷92,%).

**Таблиця 12.** Перелік додаткових умов, необхідних для реалізації сценарію 1 (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ )

Умови	% відповідей	Ранг
Створення чітких механізмів для координації діяльності спеціалізованих служб ВІЛ-інфекції/СНІДу та закладів загального профілю	<b>87,5±6,8</b>	<b>1-2</b>
Сумісна розробка та використання єдиних методичних керівництв/настанов для спеціалізованих служб ВІЛ-інфекції/СНІДу та закладів загального профілю	<b>87,5±6,8</b>	<b>1-2</b>
Створення та перманентна актуалізація баз даних щодо закладів/організацій, що надають послуги з ДКТ на ВІЛ-інфекцію	<b>83,3±7.6</b>	<b>3</b>
Створення та перманентна актуалізація баз даних щодо фахівців, які пройшли спеціалізовану підготовку з питань ДКТ на ВІЛ-інфекцію	<b>70,8±9,3</b>	<b>4</b>
Додаткові умови не потрібні	<b>12,5±6,8</b>	<b>5</b>

**Таблиця 13.** Перелік додаткових умов, необхідних для реалізації сценарію 2 (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ )

Умови	% відповідей	Ранг
Поліпшення підготовки лікарів ЗП/СМ в сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b>87,5±6,8</b>	<b>3-5</b>
Високий рівень укомплектованості закладів ПМСД лікарями ЗП/СМ	<b>75,0±8,8</b>	<b>9</b>
Нормативне врегулювання обсягів участі лікарів ЗП/СМ в ДКТ за показаннями	<b>87,5±6,8</b>	<b>3-5</b>
Нормативне врегулювання обміну необхідною інформацією між ЦПМСД та неспеціалізованими і спеціалізованими закладами охорони здоров'я різних рівнів стосовно ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД	<b>79,2±8,3</b>	<b>8</b>

Умови	% відповідей	Ранг
Включення до переліку індикаторів якості ПМСД показників, що характеризують діяльність з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу	83,3±7,6	6–7
Централізоване забезпечення ЦПМСД АРВ- препаратами першого ряду	66,7±9,6	10
Нормативне врегулювання структурного об'єднання (інтеграції) протитуберкульозних, наркологічних закладів та стаціонарних відділень Центрів СНІДу	83,3±7,6	6–7
Сумісна розробка та використання єдиних методичних керівництв/настанов для спеціалізованих служб за ВІЛ-інфекцією/СНІДом та закладів загального профілю	100	1
Створення та перманентна актуалізація баз даних щодо закладів/організацій, що надають послуги з ДКТ на ВІЛ-інфекцію	95,8±4,1	2
Створення та перманентна актуалізація баз даних щодо фахівців, які пройшли спеціалізовану підготовку з питань ДКТ на ВІЛ-інфекцію	87,5±6,8	3–5

**Таблиця 14.** Перелік додаткових умов, необхідних для реалізації сценарію 3 (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ )

Умови	% відповідей	Ранг
Повний перехід до моделі надання ПМСД на засадах сімейної медицини	76,0±8,5	11
Високий рівень укомплектованості закладів ПМСД лікарями ЗП/СМ	84,0±7,3	8–9
Забезпечення підготовки лікарів ЗП/СМ в сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу, зокрема ДКТ та лікування АРВ- препаратами першого ряду	84,0±7,3	8–9
Забезпечення ЦПМСД скринінговими тест-системами на виявлення ВІЛ-інфекції/СНІДу	88,0±6,5	6–7

<b>Умови</b>	<b>% відповідей</b>	<b>Ранг</b>
Централізоване забезпечення ЦПМСД АРВ- препаратами першого ряду	<b>80,0±8,0</b>	<b>10</b>
Забезпечення мотивації працівників ЦПМСД закладів охорони здоров'я надання послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу. Включення до переліку індикаторів якості ПМСД показників, що характеризують діяльність з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b>92,0±5,4</b>	<b>4–5</b>
Збільшення автономності закладів охорони здоров'я щодо можливості отримання на договірних засадах коштів з інших джерел, крім державних	<b>88,0±6,5</b>	<b>6–7</b>
Забезпечення обміну необхідною інформацією між ЦПМСД та неспеціалізованими і спеціалізованими закладами охорони здоров'я різних рівнів стосовно ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД	<b>96,0±3,9</b>	<b>3</b>
Сумісна розробка та використання єдиних методичних керівництв/настанов для спеціалізованих служб за ВІЛ-інфекцією/СНІДом та закладів загального профілю	<b>100</b>	<b>1–2</b>
Створення та перманентна актуалізація баз даних щодо закладів/організацій, що надають послуги з ДКТ на ВІЛ-інфекцію	<b>100</b>	<b>1–2</b>
Створення та перманентна актуалізація баз даних щодо фахівців, які пройшли спеціалізовану підготовку з питань ДКТ на ВІЛ-інфекцію	<b>92,0±5,4</b>	<b>4–5</b>

Перехід до функціонування в рамках **сценаріїв 2 та 3** потребує:

- 1) поліпшення підготовки лікарів ЗП/СМ в сфері ВІЛ/СНІДу ( $87,5 \div 84,0\%$  відповідей експертів на питання щодо необхідності додаткових умов для реалізації сценаріїв 2 та 3 відповідно), в тому числі для третього сценарію вміння лікування АРВ-препаратами першого ряду;
- 2) високого рівня укомплектованості закладів ПМСД лікарями ЗП/СМ ( $87,5 \div 84,0\%$  відповідно);
- 3) врегулювання обміну необхідною інформацією між ЦПМСД та неспеціалізованими і спеціалізованими закладами охорони здоров'я різних рівнів стосовно ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД ( $79,2 \div 96,0\%$  відповідно);
- 4) забезпечення мотивації працівників ЦПМСД закладів охорони здоров'я надання послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу з включенням до переліку індикаторів якості ПМСД показників, що характеризують діяльність з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу ( $83,3 \div 92,0\%$  відповідно).

Надзвичайно високе значення поліпшення підготовки лікарів ЗП/СМ в сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу та врегулювання обміну інформацією між ЗОЗ різного рівня підкреслюється в техніко-економічному аналізі [3]: інтеграція послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу в систему охорони здоров'я України (врізки 1 та 2).

**Підходи до підвищення якості підготовки  
кадрів первинної ланки в сфері  
ВІЛ-інфекції/СНІДу**

1. Розробити для проходження за місцем роботи двотижневий навчальний модуль з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу з практичними вправами, які мають виконуватися у співпраці з центром з профілактики і боротьби зі СНІДом.
2. Забезпечити, щоб навчання в інтернатурі включало спеціальний навчальний модуль з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу.

**Передача інформації про ВІЛ-позитивний статус**

Одним з перших кроків в інтеграції декількох послуг з профілактики ВІЛ-інфекції в закладах ПМД є розробка механізму передачі інформації про ВІЛ-позитивний статус лікарям сімейної медицини.

Один із висновків дослідження з оптимізації послуг полягає в тому, що **лікарі сімейної медицини мають отримувати інформацію про ВІЛ-позитивний статус своїх клієнтів, оскільки в іншому разі у них не буде достатніх стимулів для надання ВІЛ-позитивним пацієнтам послуг з базового лікування опортуністичних захворювань.**



Окремо для більш ефективної реалізації **сценарію 1** експертами пропонується створення чітких механізмів для координації діяльності спеціалізованих служб ВІЛ-інфекції/СНІДу та закладів загального профілю (87,5% експертів); **сценарію 2** — врегулювання обсягів участі лікарів ЗП/СМ в ДКТ за показаннями (87,5%); структурного об'єднання протитуберкульозних, наркологічних закладів та стаціонарних відділень Центрів СНІДу (83,3% експертів); **сценарію 3** — забезпечення ЦПМСД скринінговими тест-системами на виявлення ВІЛ-інфекції/СНІДу (88,0%) та АРВ-препаратами першого ряду (80,0%), забезпечення збільшення автономності закладів охорони здоров'я щодо можливості отримання на договірних засадах коштів з інших джерел, крім державних (96,0%).

На думку переважної більшості експертів для переходу на повну інтеграцію спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг у систему надання загально медичної допомоги необхідне нормативне врегулювання певних проблем.

Зокрема:

- забезпечення можливостей та порядок обміну інформацією між закладами різних рівнів медичної допомоги стосовно ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД ( $96,0 \pm 3,9\%$  експертів);
- визначення обсягів участі лікарів ЗП/СМ в наданні допомоги пацієнтам з груп ризику та ВІЛ-позитивним ( $88,0 \pm 6,5\%$ );
- створення системи мотивації закладів ПМСД до надання послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу ( $88,0 \pm 6,5\%$ );

- забезпечення можливостей бюджетного фінансування неурядових організацій, що беруть участь у заходах, спрямованих на протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу ( $88,0 \pm 6,5\%$ ) та збільшення автономності закладів охорони здоров'я щодо можливості отримання фінансування з небюджетних джерел ( $84,0 \pm 7,3\%$ ) (табл. 15).

Низку функцій щодо протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу експерти вважають необхідним залишити централізованими на рівні країни навіть при реалізації сценарію повної інтеграції (табл. 16) .

### **До числа таких функцій ними віднесені:**

- розробка та затвердження порядку міжвідомчої координації діяльності медичних закладів різних форм власності, інших секторів та недержавних структур щодо протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу (100%);
- епідеміологічний моніторинг та епіднагляд за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в країні (100%);
- розробка та затвердження клінічних керівництв/настанов та клінічних протоколів щодо ведення хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД для спеціалізованих за ВІЛ-інфекцією/СНІДом служб та медичних закладів загального профілю ( $96,0 \pm 3,9\%$ );
- рішення щодо обсягів фінансування для централізованих закупівель для протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу ( $92,0 \pm 5,4\%$ );
- здійснення централізованих закупівель та розподіл по регіонах препаратів для АРВ-терапії

**Таблиця 15.** Інструменти, необхідні для забезпечення реалізації сценарію 3 (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ )

Інструменти	% відповідей	Ранг
Нормативне врегулювання обсягів участі лікарів ЗП/СМ в наданні допомоги пацієнтам з груп ризику та ВІЛ-позитивним	<b>88,0±6,5</b>	<b>2–4</b>
Нормативне врегулювання мотивації закладів ПМСД до надання послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b>88,0±6,5</b>	<b>2–4</b>
Нормативне врегулювання питання щодо обміну інформацією між закладами різних рівнів медичної допомоги стосовно ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД	<b>96,0±3,9</b>	<b>1</b>
Нормативне врегулювання збільшення автономності закладів охорони здоров'я щодо можливості отримання фінансування з небюджетних джерел	<b>84,0±7,3</b>	<b>5</b>
Нормативне врегулювання порядку фінансування неурядових організацій, що беруть участь у заходах, спрямованих на протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b>88,0±6,5</b>	<b>2–4</b>

**Таблиця 16.** Функції щодо протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, які слід залишити централізованими на рівні країни при реалізації цільової моделі (сценарію 3) (за даними експертної оцінки, в %  $P \pm m$ )

Функції	% відповідей	Ранг
Рішення щодо обсягів фінансування для централізованих закупівель для протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b>92,0±5,4</b>	<b>4–5</b>
Централізовані закупівлі та розподіл по регіонах тест-систем для діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b>80,0±8,0</b>	<b>6</b>
Централізовані закупівлі та розподіл по регіонах препаратів для АРВ-терапії	<b>92,0±5,4</b>	<b>4–5</b>
Епідеміологічний моніторинг та епіднагляд за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в країні	<b>100</b>	<b>1–2</b>

Функції	% відповідей	Ранг
Розробка та затвердження клінічних керівництв/настанов та клінічних протоколів щодо ведення хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД для спеціалізованих за ВІЛ-інфекцією/СНІДом служб та медичних закладів загального профілю	<b>96,0±3,9</b>	<b>3</b>
Розробка та затвердження порядку міжвідомчої координації діяльності медичних закладів різних форм власності, інших секторів та недержавних структур щодо для протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу	<b>100</b>	<b>1–2</b>

## Висновки

1. Переважна більшість експертів вважає доцільною в рамках реформування національної системи охорони здоров'я інтеграцію спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг у систему надання загальномедичної допомоги.
2. Представники загальномедичних служб демонструють більшу налаштованість (в якості цільової моделі) на повну інтеграцію спеціалізованої та загальномедичної систем. Представники спеціалізованих служб є більш обережними і віддають перевагу частковій інтеграції.
3. Незважаючи на обраний сценарій, переважна більшість експертів вбачає істотно більші переваги в повній інтеграції.
4. Експерти не мають достатньої поінформованості стосовно перетворень, що відбуваються в національній системі охорони здоров'я.

## Перелік посилань

1. Горбасенко І., Руденко В., Гук А. Червень 2012 року. Аналіз систем охорони здоров'я країн регіону СНД (в минулому — Республік Радянського Союзу), Європи та США та досвіду впровадження медичних послуг щодо ВІЛ/СНІД і туберкульозу з метою посилення спроможності сімейних лікарів / дільничних терапевтів, особливо у сфері профілактики ТБ/ВІЛ. — 192 с.
2. Коулі Пітер, Акказієва Бактигул. Червень 2012 року. Оптимізація послуг, пов'язаних з ВІЛ/СНІД в контексті реформи системи охорони здоров'я в Україні. Бетесда, MD: Проект системи охорони здоров'я 20/20, Abt Associates Inc. — 38 с.
3. Коулі Пітер та Акказієва Бактигуль. Вересень 2012 року. Техніко-економічний аналіз: Інтеграція послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу в систему охорони здоров'я України. Бетесда, штат Меріленд: проект «Системи охорони здоров'я 20/20», Abt Associates Inc. — 49 с.
4. Наказ МОЗ №201-0 від 17.10.2012 «Про реорганізацію Державної організації (установа, заклад) Всеукраїнський центр контролю за туберкульозом»
5. Указ Президента України від 12 березня 2012 року №187/2012 «Національний план дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»
6. Palen John, Levi Jeffrey, Wilensky Sara Integrating HIV Prevention Services into the Clinical Care Setting in Medicaid and Ryan White CARE Act Programs: Legal, Financial, and Organizational Issues/ Department of Health Policy, Center for Health Services Research and Policy, The George Washington University School of Public Health and Health Services And Jennifer Kates Kaiser Family Foundation. 2004. — 21 p.

УДК 616.98:578.828 ВІЛ-082.001.73  
ББК 55.14:53.5

Наукове видання

Л 53 **Вивчення експертної думки щодо шляхів перетворень у системі надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією в рамках започаткованих реформ, спрямованих на зміцнення системи охорони здоров'я в Україні.** Лехан В. М., Гук А. П., Шевченко М. В. — К.: Видавництво Раєвського, 2014. — 62 с.

У роботі представлено узагальнену думку експертів з числа представників загально профільних та спеціалізованих за ВІЛ/СНІДом закладів охорони здоров'я щодо перетворень в системі надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією в рамках започаткованих реформ, спрямованих на зміцнення системи охорони здоров'я в Україні. Розглянуто три сценарії перетворень: 1) збереження існуючої дезінтегрованої, вертикальної системи; 2) часткова інтеграція спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг в загально медичну систему; 3) повна інтеграція спеціалізованих ВІЛ-сервісних послуг в загально медичну систему. Визначено набір структурних компонентів та функцій (перелік профілактичних та лікувальних послуг з ВІЛ/СНІДу) при різних сценаріях. Проведено оцінку переваг та ризиків, пов'язаних з реалізацію кожного зі сценаріїв перетворень.

This paper presents a majority opinion of experts from general and specialized HIV/AIDS health-care facilities as to changes in health-care delivery to HIV-positive patients as part of the initiated reform aimed at strengthening the health system in Ukraine. The publication considers three scenarios of change: (1) maintaining the existing disintegrated, top-down system; (2) partial integration of specialized HIV services into the public health system; (3) full integration of specialized HIV services into the public health system. A set of structural components and functions were defined (HIV/AIDS prevention and treatment services) under different scenarios. Benefits and risks associated with each of the scenarios were assessed.

УДК 616.98:578.828 ВІЛ-082.001.73  
ББК 55.14:53.5

ISBN 978-966-7016-42-5

Підготовка до друку: Видавництво Раєвського.  
Україна, 01030 Київ-30, Б.Хмельницького 15  
тел. 044 3618413, v.rayevsky@gmail.com. Свідоцтво ДК №1989 від  
25.10.2004 р. про внесення до Державного реєстру видавців України.

Літературне редагування: О. Гук  
Технічне редагування та верстка: В. Раєвський

Підписано до друку 15.12.13. Ум. друк. арк. 2. Обл.-вид. арк. 0,7.  
Формат 60х90/32. Наклад 500 прим. Замов. №

**Друк:** Видавничий дім «Академперіодика» НАН України  
вул. Терещенківська, 4, Київ, 01004 Україна  
Свідоцтво ДК №544 від 27.07.2001 р. про внесення до Державного  
реєстру видавців України